

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : 10000, Rue de l'Indépendance, 10000, Casablanca. Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

ND: 35426  
N° W19-553657

COMPLÉMENT

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAKHRY SAID  
 Date de naissance : 16-02-1971  
 Adresse : 11 Rue de Veny Appt 2. BALVEDERE  
 CASA  
 Tél : 06 66 13 27 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENT

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : LEANA SANAA Age : 44  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : LYMPHOMES  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 02-08-20 CASA Le : 02/08/2020.

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

SANAA 15164726A

[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bon de l'OTF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						
	(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION




**SAHAM**

Assurance

member of Sanlam group

**DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE**

<b>Police N°</b>	: 0600993038	<b>Contractante</b>	: Societe Serima
<b>Assuré</b>	: Sanaa Lehna	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 04/06/2020
<b>N° Adhésion</b>	: 92	<b>Date de validation</b>	: 10/07/2020
<b>Personne soignée</b>	: Sanaa Lehna	<b>Date de survenance</b>	: 21/05/2020
<b>Sinistre N°</b>	: 4818968	<b>Déclaration N°</b>	: 15144726A
<b>Bordereau N°</b>	: 747345	<b>Médecin Traitant</b>	: LARAKI RACHID

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)= (a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	1 100.00	NA	NA	400.00	NA	80.00 %	320.00
MEDICAMENTS	777.30	NA	NA	777.30	NA	80.00 %	621.84
ANALYSE	185.00	NA	NA	185.00	NA	80.00 %	148.00
RADIOGRAPHIE	160.00	NA	NA	160.00	NA	80.00 %	128.00
<b>Totaux</b>	<b>2 222.30</b>			<b>1 522.30</b>			<b>1 217.84</b>

**Détail explicatif des soins non remboursés**

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
CONSULTATION DR LARAKI INTERNISTE	700.00	Application de la nomenclature générale des actes
<b>Totaux</b>	<b>700.00</b>	

**Nom du gestionnaire : MOUSSAOUI SOFIA**
**Date de l'édition : 10/07/2020**

a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.

Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.

b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.

c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.



**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group

**Déclaration de maladie N°15 144726**

A

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

**Société contractante**

Société contractante :

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

**Renseignements concernant l'assuré(e)**

Nom :

N° de C.I.N. :

Adresse :

Montant des frais engagés :

Prenom(s) :

Date de naissance :

Ville :

DH N° GSM

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.**

**Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.**

Fait à :

, le

Signature de l'assuré(e)

**Clause « Protection des données personnelles »**

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.  
La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.  
Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications nécessaires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.  
L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.  
L'assureur assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.  
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de opposition auprès du siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerktouni - 20000 CASABLANCA - Tél : 0522 43 56 00 - MAROC.  
De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospection commerciale en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411 667 400 de DH. Entreprise régie par la loi n°17-99 portant code des assurances \* siège social 216, Boulevard Zerktouni-20000 Casablanca Maroc \* RC Casablanca: 22.341. CNSS: 167.8541 \* Taxe professionnelle: 355 11.249 - IF: 01084025 - ICE: 000230054000034 \* Tél: 0522 43 56 00 \* Fax: 0522 20 60 81



**VOLET DÉTACHABLE**

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Exemplaire à conserver par l'assuré(e).**

**N°15144726**

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :


Date de dépôt :

## Renseignements concernant le patient

05/2020

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
21/07/20	9	Ex U	750 150 510 1150	091082551 Dr Rachid LAKRAKI Médecin Inscrite 400 Rd Baïlou الطبيب المراسم الدكتور رشيد لكركي Medicine Inscrite
22/05/20				

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
N° ICE* <input type="text"/>		N° INP* <input type="text"/>
N° ICE* <input type="text"/>		N° INP* <input type="text"/>
N° ICE* <input type="text"/>		N° INP* <input type="text"/>

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
21/05/2020	216	160,00	
N° ICE		N° INP	
21/05/2020	B170	185,00	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

### Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_  
 Facture ☐ Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE					N° INP	
N° ICE					N° INP	
N° ICE					N° INP	

### Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------



Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

(\*) Champs à remplir obligatoirement par le praticien



2-17/10

**DOCTEUR RACHID LARAKI**

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE  
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHIEF DE CLINIQUE A LA FACULTE  
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

Dr Rachid Laraki

**MEDECINE INTERNE**

D Core 25000

1 A / mois x 4

ARAVA 20 1/1;  
2 boites

AL

DOCTEUR RACHID LARAKI

le 21/5/20

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE  
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE  
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

A - Soua belma

MEDECINE INTERNE

Pedro du Baun Fac

Lymphome

PET lymphofixation

Scand-  
Gt56

Scand-111

→ aspect sur le  
pedo standard

H

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com



**CRR** مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Hourya AMRANI MIKOL  
Dr. Naima BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MISFEEH FAROUQI  
Dr. Yasmina LAHRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie - Sonographie - Tomodensitométrie - Radiologie Dentaire - Radiologie  
Ecographie Obstétricale 3D/4D - Echographie - Doppler Coloré - Angiogrammes  
Radiologie Interventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Lumbosacrum  
IRM 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 21/05/2020

FACTURE N° : FA:00 3894/20  
Nom : LEHNA SANAA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 160,00 Dhs

**CENT SOIXANTE DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

BASSIN DE FACE 160,00 Dhs

Total de : 160,00 Dhs

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani - Maarif  
Tél: 0522 25 23 96 / 05 22 25 13 04  
05 22 25 13 07 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04  
e-mail : roudani@hotmail.fr



# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca , Le 21/05/2020

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalisé(s)

**LEHNA SANAA**  
**DR LARAKI RACHID**  
**BASSIN DE FACE**

## COMPTE RENDU

*Prothèse de hanche bilatérale en place.*  
*Pas de lyse ou de condensation osseuse suspecte.*  
*Les ailes iliaques, le sacrum et les interlignes sacro-iliaques sont normaux.*  
*A noter plusieurs phlébolithes pelviens.*  
*Les parties molles du bassin sont d'aspect normal.*

*En vous remerciant de votre confiance*

**Dr. A. ADIL**

Abderrahim ADIL  
RADILOGUE

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

*Casablanca , Le 21/05/2020*

*Patient*  
*Médecin traitant*  
*Examen(s) réalise(s)*

**LEHNA SANAA**  
**DR LARAKI RACHID**  
**BASSIN DE FACE**

**COMPTE RENDU**

*Prothèse de hanche bilatérale en place.*  
*Pas de lyse ou de condensation osseuse suspecte.*  
*Les ailes iliaques, le sacrum et les interlignes sacro-iliaques sont normaux.*  
*A noter plusieurs phlébolithes pelviens.*  
*Les parties molles du bassin sont d'aspect normal.*

*En vous remerciant de votre confiance*

**Dr. A. ADIL**

Abderrahim ADIL  
Radiologue

DOCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE  
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE  
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

21/5/10

A - Jean Lehen

Calcémie - Phosphore  
LDH

Reçu de la clinique de la Faculté de Médecine de Paris VI (Pitié-Salpêtrière) - 400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc



400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com



78, Rue d'Alger - CASABLANCA  
Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le jeudi 21 mai 2020

Madame LEHNA SANAA

FACTURE N°	310291
------------	--------

Analyses :

Chimie : Calcémie -----	B	30	Total : B 120
Chimie : Phosphore sérique -----	B	40	
Chimie : L.D.H (Lactate Déshydrogénase) -----	B	50	

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER

185,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Quatre vingt Cinq Dirhams



# LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES



TAZI MOHAMED

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,  
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur RACHID LARAKI  
400, Boulevard Brahim Roudani  
Maarif CASABLANCA

Madame LEHNA SANAA

Réf. : 20E496

Examen du 21/05/20 - Edité le 21/05/20

Page : 1/1

ANALYSES

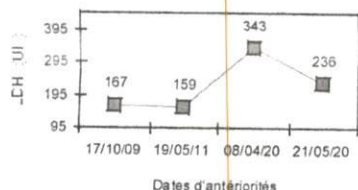
RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

## BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

CALCIUM -----	86	mg/l	88 - 106	30/12/2019
ou	2,15	mmol/l	2,2 - 2,65	90
PHOSPHORE SERIQUE -----	41	mg/l	27 - 45	04/08/2009
ou	1,31	mmol/l	0,86 - 1,44	38
L. D. H. -----	236	UI/l	135 - 214	08/04/2020
				343



LARAKI RACHID  
Tazi Karim  
21/05/2020

## **DOCTEUR RACHID LARAKI**

Ancien Résident du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris VI (Pitié-Salpêtrière)

### **MÉDECINE INTERNE**

## **Note d'honoraires**

Mme Lehna Sanaa

Casablanca, 21/05/2020

<b>Acte</b>	<b>Honoraires</b>
Consultation spécialisée en médecine interne	500,00 DH
Examen des urines bandelette Cybow 10	50,00 DH
Dynamap 4 membres+ SpO2	550,00 DH
<b>Total</b>	<b>1100,00 DH</b>

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de 1 100.00 DH  
(Mille cent dirhams).



---

400 Bd Brahim Roudani – Maarif – 20330 – Casablanca - Maroc  
Tel: 05 22 98 16 69 – Fax : 05 22 98 14 07- Email : rlaraki.interniste@gmail.com  
IF : 40701909- INPE : 091092551- ICE : 001681227000058

DOCTEUR RACHID LARAKI  
MÉDECINE INTERNE

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email :rlaraki.interniste@gmail.com

M. Mme

*Lehna Saoudi*

Casablanca le

*21/05/2020*

**EXAMEN DES URINES  
A LA BANDELETTE**

UROBILINOGENE : ✓

GLUCOSE : ✓

BILIRUBINE : ✓

CETONES : ✓

DENSITE : 1030

SANG : ✓

PH : 7

PROTEINES : ✓

NITRITE : ✓

LEUCOCYTES : ✓

CONCLUSION : .....

.....

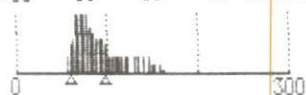


Indication

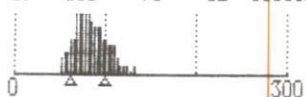
DYNAMAP

$P_{\text{aol}} = 589$

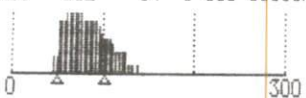
JAN.08.50  
HRE SYS MOY DIA POULS  
1:58 99 68 60 [113]A



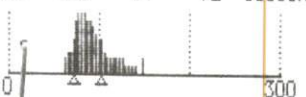
JAN.08.50  
HRE SYS MOY DIA POULS  
1:59 101 70 62 [113]A



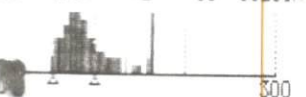
JAN.08.50  
HRE SYS MOY DIA POULS  
2:00 102 64 [50] [113]A



JAN.08.50  
HRE SYS MOY DIA POULS  
2:02 103 77 72 [118]A



JAN.08.50  
HRE SYS MOY DIA POULS  
2:05 101 72 55 [106]A



TOLOQUE PAS	MOYENNE PAM	DIASTOLIQUE PAD	PULSEE PP	POULS
89	68	60	39	113
107	75	70	37	113
101	70	62	39	113
102	64	50	52	115
101	70	72	40	118

de droite :

2

Jambe gauche :

3

A limite basse

de 100

de 100, 100

2

✓

Ruffier- Dickson : Test d'Effort

IPS : Index de Pression Systolique

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

HTO : Hypotension

Orthostatique

# CABINET DE MÉDECINE INTERNE

Docteur Rachid LARAKI

☐ ELECTROCARDIOGRAMME

☐ ÉPREUVES FONCTIONNELLES  
RESPIRATOIRES

☐ CAPILLAROSCOPIE

☒ DYNAMAP 4 membres + SpO<sub>2</sub>

100 Bd Brahim Roudani – Maarif – 20330 Casablanca – Maroc

Tel : + 212 5 22 98 16 69 - Fax : + 212 5 22 98 14 07

E-mail : rlaraki.interniste@gmail.com